**預立醫療照護諮商前準備(Pre-ACP)紀錄表**

⬜意願人主動洽服務窗口 ⬜院內單位轉介 ⬜其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **意願人資料** | | | | | | |
| 姓名： | | 性別 | ⬜男  ⬜女 | 年齡： 歲 | | 曾於本院就診? ⬜是 ⬜否 |
| 身分證字號(若願提供)： | | | | | 連絡電話： | |
| 1. ⬜確認意願人為具完全行為能力者；領有全民健康保險憑證； 2. 意願人為：⬜年滿20歲以上成年人 ⬜未滿20歲已結婚者 3. ⬜確認意願人出於自願參與預立醫療照護諮商。   2.1意願人動機(可複選)  ⬜單身 ⬜自身罹病不想拖累家人 ⬜家人罹病有感 ⬜預做生命安排  ⬜其他   1. ⬜確認意願人是否對病人自主權利法已有初步之正確認知   3.1 ⬜媒體報導宣傳 ⬜參與相關宣導活動 ⬜親友口耳相傳 ⬜其他 | | | | | | |
| 1. **告知意願人應(得)參與諮商之人員** | | | | | | |
| 親屬 | 1. ⬜確認告知意願人二親等內之親屬至少一人**應(得)參與**預立醫療照護諮商。經意願人同意之親屬亦**得參與**。   ※除配偶外之二親等血親及姻親包含：子女、父母、手足、孫子女/外孫子女、祖父母/外祖父母、公婆/岳父母、女婿/媳婦、弟媳/兄嫂、姐夫/妹夫、妯娌/連襟。   1. 二親等內之親屬出席諮商? ⬜有(續填4.、5.) ⬜無(續填3.、5.) ⬜尚未確定 2. 無二親等內親屬出席諮商原因：⬜無親屬 ⬜親屬無法配合 ⬜親屬不願出席   ⬜失聯 ⬜失蹤 ⬜其他特殊事由   1. 預計出席二親等內親屬：⬜子女 ⬜父母 ⬜手足 ⬜孫子女/外孫子女 ⬜祖父母/外祖父母 ⬜公婆/岳父母 ⬜女婿/媳婦 ⬜弟媳/兄嫂 ⬜姐夫/妹夫 ⬜妯娌/連襟，共 人。 2. 另預計出席之其他親友：共 人。⬜尚無法確定 | | | | | |
| 醫療委任代理人 | 1. ⬜確認告知意願人醫療委任代理人之角色功能。   ※醫療委任代理人：指於意願人意識昏迷或無法清楚表達意願時，代理意願人表達意願之人。 | | | | | |
| 1. 意願人是否將指定醫療委任代理人？   ⬜是(續填2.1、2.2) ⬜否(跳填**三、告知諮商費用之相關資訊**) ⬜尚未確定   1. 確認醫療委任代理人符合以下資格：   ⬜20歲以上具完全行為能力者  ⬜非意願人之受遺贈人(意願人之繼承人除外)  ⬜非意願人遺體或器官指定之受贈人(意願人之繼承人除外)。  ⬜非其他因意願人死亡而獲得利益之人(意願人之繼承人除外)。   1. ⬜若有醫療委任代理人，確認告知**應參與**預立醫療照護諮商。 | | | | | |
| 1. **告知諮商費用之相關資訊** | | | | | | |
| 1. ⬜確認告知意願人諮商費用之相關資訊。 2. 意願人對於收費反映? ⬜願意接受 ⬜嫌太貴而遲疑 ⬜嫌太貴而拒絕 3. 意願人是否符合補助資格? ⬜是（何款補助方案）　　　　　　　　　　　　　 ⬜否 4. 意願人是否因下列因素而有溝通困難，而需相關協助?   ⬜無 ⬜語言 ⬜文化因素 ⬜聽覺 ⬜語言功能 ⬜其他障礙，所需協助? | | | | | | |
| 1. **提供相關法令、文件、資訊供參** | | | | | | |
| 1. 確認已提供以下相關法令文件資料給意願人參考：   ⬜預立醫療決定書(含醫療委任代理人委任書) ⬜相關文宣品、資料  ⬜相關資訊網站連結網址 ⬜其他協助意願人作成預立醫療決定之相關資料 提供方式：⬜郵寄　⬜Email 地址/信箱： | | | | | | |
| 1. **預立醫療照護諮商時間、地點、人員安排確認** | | | | | | |
| 1. 預計諮商時間、地點 | | | | | | |
| 諮商日期： 年 月 日 | | | 預計諮商時間： 時 分至 時 分 | | | |
| 諮商地點： ⬜已租借 | | | | | | |
| 1. 諮商會議出席人員通知 | | | | | | |
| 1. ⬜確認已通知意願人、二親等內之親屬與醫療委任代理人，諮商會議之時間、地點。 | | | | | | |
| 1. ⬜確認已安排醫療照護諮商團隊出席成員。預計出席成員名單：   醫師： ⬜已通知 護理人員： ⬜已通知  心理師或社會工作人員： ⬜已通知 | | | | | | |
| 1. **預立醫療照護諮商相關文件資料準備** | | | | | | |
| 1. 確認已備妥以下相關文件資料，以利諮商會議時簽署、紀錄、使用：   ⬜預立醫療決定書(含醫療委任代理人委任書) ⬜預立醫療照護諮商檢核表(紀錄表)  ⬜其他協助諮商會議進行之文件資料、電腦等 | | | | | | |

其他備註：

**後續：⬜已成功預定時間 ⬜未約定時間(須追蹤) ⬜不執行　原因：**

**經辦人簽章： 　　　　　　日期： 年 月 日**